

Over benzo's, suïcidaliteit en een SUD die niet daalt

Beantwoord door: **Ad de Jongh**

Ik heb een vraag over een man met een persisterende depressieve stoornis en een post-traumatische stressstoornis. De SUD blijft al een paar sessies hangen. Aan de buitenkant is er weinig emotie zichtbaar, maar hij geeft wel aan verdriet, angst en boosheid te voelen. Ik heb het gevoel dat de emoties niet echt loskomen.

Ik ben EMDR-therapie gestart op een jeugdherinnering aan een ruzie tussen de ouders van mijn patiënt, terwijl hij zelf in bed lag. Dit kwam vaker voor. Ik heb van het plaatje een *split-screen* gemaakt. Aan de ene kant zag hij zichzelf in bed liggen, aan de andere kant zijn ouders ruzie makend aan tafel. De NC is machteloosheid. Als afleiding heb ik oogbewegingen met behulp van de lichtbalk gebruikt, aangevuld met klikjes via de koptelefoon en onregelmatige taps. Op een gegeven moment heb ik er ook het uitspreken van 'tik-tak, tik-tak' aan toegevoegd. De SUD blijft echter steeds steken op een 5. Aan het begin van de sessie is het een 7, dan zakt de SUD naar 5 en de volgende sessie is de SUD weer 7. Hij gebruikt Lormetazepam waarvan ik me afvraag of dit het EMDR-proces belemmert. Zou je mee willen denken?

Antwoord

Ik heb allereerst wat vragen over je casusconceptualisatie. Welke aandoening staat er op de voorgrond en wil je als eerste behandelen, PTSS toch? Het is als er sprake is van PTSS van essentieel belang dat je onderscheid maakt

tussen aan de ene kant herbelevingen (zich opdringend, intrusief, altijd afkomstig van A-criteriawaardige trauma's die kenmerkend zijn voor PTSS) en aan de andere kant nare gedachten (herinneringen aan zijn 'rotleven', zelfbeeldschade die samenhangt met zijn comorbide depressie).

Je start in het geval van PTSS altijd met de eerste categorie, en als je die allemaal hebt afgewerkt dan behandel je de andere *targets*. Je bent nu begonnen met de tweede categorie, herinneringen die de depressie aansturen, en die niet A-criteriawaardig zijn. Ik zou een andere, nieuwe, hiërarchie maken en opnieuw beginnen. Kortom, wat is de herinnering met de meest intrusieve beelden en die gerelateerd zijn aan een confrontatie met de dood, seksueel geweld of (dreiging met) ernstig fysiek geweld? En ja, wel eerst de benzodiazepine-medicatie afbouwen zodat de patiënt niet gesedeerd is tijdens de EMDR-sessies. Daardoor is er onvoldoende angstactivatie en komt de behandeling moeilijk op gang. Gelukkig is Lormetazepam een kortwerkende benzodiazepine die voornamelijk als slaapmiddel wordt gebruikt.

Reactie

Ik denk inderdaad dat het te veel door elkaar loopt en dat het een goed plan is om opnieuw te starten, en dan met de herinneringen die duidelijk intrusief zijn en waarbij de gebeurtenis voldoet aan het A-criterium. Dat zijn de herinneringen aan 'het spoor'. Hij heeft namelijk iemand zien verongelukken. Het targetbeeld is mensenvlees en het hoofd van het meisje op het spoor. Een jong meisje met lang haar. NC: 'Ik kan er niet tegen'. De SUD ging van 7 naar 6. Ik heb eerst alleen oogbewegingen gebruikt, later heb ik klikjes en taps toegevoegd. Er was weinig emotie zichtbaar. Op een gegeven moment gaf hij aan te vermijden, uit angst dat hij er 's nachts last van zou krijgen. Bij *back to target* heb ik uitgelegd dat het juist de bedoeling is dat hij naar de meest nare aspecten kijkt, omdat dit hem op de langere termijn helpt om beter te slapen.

Ik heb niet de indruk dat hij de hele tijd vermeden heeft, denk wel dat de medicatie zijn beleving dempt. Inmiddels heeft hij contact gehad met onze psychiater over de slaapmedicatie en zij heeft hem verschillende opties voorgelegd. De patiënt acht het nu niet haalbaar om deze slaapmedicatie volledig af te bouwen. Ik heb wel met de patiënt afgesproken dat hij de nacht voorafgaande aan onze EMDR sessie geen medicatie neemt, maar helaas is dat hem niet gelukt. Hij gaf aan dat hij zonder die medicatie niet kan slapen. Morgen heeft hij hierover contact met de psychiater om goed beleid te maken. Tot slot speelt nog mee dat hij veel spanning heeft vanwege een keuring door het UWV. Binnenkort hoort hij voor hoeveel procent hij wordt afgekeurd en of hij opnieuw moet solliciteren. Mijn plan is om volgende week verder te gaan met de herinnering waarmee we nu zijn gestart, en als het goed is heeft hij dan de avond ervoor geen medicatie gebruikt.

Antwoord

We kunnen er gevoelig van uitgaan dat er bij deze man inmiddels sprake is van een benzodiazepine-afhankelijkheid. Voor PTSS is het voorschrijven van benzodiazepinen een kunstfout. Het leidt tot verslaving en aangenomen wordt dat het de intrusies juist verergert in plaats van vermindert. Wat betreft de casusconceptualisatie speelt er een angst dat hij niet kan slapen. Qua interventie is dan je hypothese dat als deze

angst verholpen wordt, het makkelijker is om de benzodiazepine-inname geleidelijk, en in ieder geval de nacht voor de sessie, te staken. Hier kun je kiezen voor EMDR gericht op zijn *flashforward*, gevolgd door een *mental video check*. Wat is de grootste ramp die hij kan bedenken als hij niet goed slaapt? En je geeft aan dat hij bang is om er 's nachts last van te krijgen als hij de EMDR over zich heen laat komen. Wat is hier zijn grootste rampfantasie? In beide gevallen dat hij dan helemaal gek wordt van angst? Dat hij zich dan niet in de hand heeft en suïcide gaat plegen? Het is belangrijk om dat eerst boven water te krijgen. In ieder geval geldt ook hier de hypothese dat EMDR-therapie gericht op zijn *flashforward* waarschijnlijk eerst moet hebben plaatsgevonden alvorens jouw EMDR op de herinnering van het omgekomen meisje kan slagen. Snap je wat ik bedoel? Gaat het lukken, denk je?

Reactie

Bedankt voor je reactie. Ik kan je volgen. Ik denk inderdaad dat er sprake is van benzodiazepine-afhankelijkheid. Wat betreft de medicatie heeft hij nu de nacht vóór de EMDR een alternatief genomen. En sinds de start van de EMDR was dit de eerste keer dat ik bij hem emoties heb gezien, dus ik denk dat dit wel iets te maken heeft met de medicatieswitch.

Er lijkt iets van vooruitgang in de behandeling te zitten. Allereerst heb ik gevraagd naar zijn grootste rampfantasie als hij tijdens de EMDR daadwerkelijk naar de meest nare aspecten kijkt. Hij gaf daarbij aan dat hij bang is dat hij dan 's nachts nachtmerries krijgt en badend in het zweet wakker wordt. Ik heb doorgevraagd of er nog iets is waar hij bang voor is dat erger zou zijn, maar hij zegt van niet. We kwamen erop uit dat het vervelend is om zo'n slechte nacht te hebben, maar geen ramp. Ik heb daarom ook geen *flashforward* met hem gedaan.

We hebben vervolgens aan de herinnering van het meisje op het spoor gewerkt. De EMDR duurde korter, omdat tijdens het eerste deel van de sessie onze psychiater aansloot in verband met risicotaxatie en medicatie-advies. Dit keer heb ik als afleiding alleen oogbewegingen en klikjes gebruikt. ►

De SUD was in het begin 6, en zakte naar 5. Wel kwamen meer associaties op gang. Hieruit kon ik opmaken dat hij daadwerkelijk naar de beelden keek en hij kwam minder afgevlakt over. Op een gegeven moment kwam verdriet op over het feit dat het nog zo'n jong meisje was. Ook kwam de associatie op dat hij er niks aan kon doen. Bij *back to target* merkte hij op dat het hem opluchtte om erover te praten. Ik heb er zelf wel een goed gevoel over en het idee dat het nu beter aanslaat. Ik ben benieuwd of dit volgende keer doorzet.

Antwoord

Ik denk dat er nog een echt schrikbeeld achter ligt. Vraag hem bijvoorbeeld: 'Wat is het ergste dat er gebeurt als jij na een therapiesessie badend in het zweet wakker wordt?' Zou dat 'de controle verliezen' kunnen zijn, of erger: 'gek worden van angst, er een einde aan maken, je van het leven te beroven'? Dat zijn namelijk de typische *flashforwards* die je bij dit type van patiënten kunt verwachten. En dat is mogelijk precies de reden dat hij afhankelijk is geworden van het gebruik van benzodiazepinen tijdens de nacht: om deze angst eronder te houden. Kortom, ik denk nog steeds dat pas als deze *flashforward* SUD 0 is, zijn medicatie makkelijker kan worden afgebouwd en dat dit een positief effect heeft op zijn traumabehandeling. En dat hij vervolgens ook beter kan slapen.

Reactie

Ik had patiënt de vorige keer al gevraagd of er toch echt geen sprake is van een *flashforward*, waarbij ik ook het voorbeeld heb genoemd van helemaal gek worden van angst. Maar dat herkende hij niet. Wat op dit moment het meest op de voorgrond staat is de spanning die hij ervaart rondom het UWV. Hierbij doet hij suïcidale uitspraken. Hij is bang voor een slechte uitslag en die spanning staat nu het meest op de voorgrond. We hebben ook nog wel EMDR gedaan op zijn herinnering aan het meisje op het spoor. De SUD zakte van 5 naar 4.

Antwoord

Ik begrijp nog steeds niet waarom de akelige herinnering van het spoor, geen SUD 0 kan worden. Is de herinnering voldoende beladen, zit

zijn *flashforward* nog steeds in de weg, en pas je voldoende werkgeheugenbelasting toe? Wat is jouw hypothese?

Reactie

De SUD van de herinnering aan 'het spoor' zakt langzaam, inderdaad. Maar ik moet bekennen dat een deel van de afgelopen twee sessies naar risicotaxatie in verband met zijn suïcidaliteit is gegaan. Wat mijn hypothesen betreft: we zijn nog bezig met het afbouwen van de medicatie, dit is nog niet optimaal en ik denk wel dat dit het EMDR-proces nog belemmert. Een andere hypothese die ik heb is dat hij momenteel zo in beslag genomen wordt door wat er speelt met UWV, dat hij daardoor minder ruimte in zijn hoofd heeft voor de EMDR.

Antwoord

Een tip uit de praktijk: laat je niet afleiden. Zonde als er veel tijd wordt verrommeld door die te steken in de gevolgen van het onverwerkte trauma (praten over risico's en zijn suïcidale gedachten) en dingen die de patiënt bezighouden, maar die niet het doel zijn van je behandeling (zoals veel tijd besteden aan zijn zorgen omtrent het UWV, terwijl je daar zelf weinig controle over hebt). Terwijl die tijd juist goed gebruikt had kunnen worden voor het verwerken van het trauma zelf. Want ik denk dat jouw hypothese moet zijn dat hierdoor een deel van de risico's, zijn zorgen en zijn klachten vanzelf zullen verminderen. Houd dus goed vast aan je missie.

Reactie

Bedankt voor je tips, ik neem ze mee. Wat betreft de benzo's: de psychiater is daarmee bezig en pakt het stapsgewijs aan. Hij gebruikt nu Zopiclon omdat dit minder lang doorwerkt en de volgende stap is helemaal geen slaapmedicatie meer. Overigens zie ik de patiënt nog maar twee keer, omdat mijn collega over twee weken terug is van haar verlof. Ik zal het dan allemaal aan haar terug overdragen.

Reactie

Mijn patiënt heeft inmiddels te horen gekregen dat hij een IVA krijgt, oftewel, dat hij niet meer hoeft te werken. Dit heeft hem veel rust gegeven en sinds-

dien gaat het beter met hem. Hij is niet meer suïcidaal. Hij geeft nu aan dat hij het beste wil maken van het leven dat nog voor hem ligt. Hij heeft afgelopen week een halve tablet Zopiclon gebruikt, in plaats van een hele, en dit ging goed. Hij merkt dat hij overdag minder onder invloed is en hij ervaart dat als prettig.

De EMDR-sessie verliep nog niet optimaal vandaag. De SUD is nu gezakt tot 3,5. Ik vind het te overwegen om naar de volgende herinnering te gaan wat betreft 'het spoor', omdat de spanning bij dit plaatje al wel is gezakt en er weinig spanning meer zichtbaar is, en hij aangeeft het plaatje nu wel aan te kunnen.

Bedankt voor je feedback. Wat ik er zeker van meeneem is: herbelevingen eerst! En ik check nu voorafgaande aan de start van de EMDR of iemand benzo's gebruikt. Wat betreft de *flashforward* denk ik ook dat die belangrijk is in het geval van vermijding. Wellicht had ik daar directiever in moeten zijn. Nu heb ik gekozen om dat niet te doen omdat ik de indruk had dat hij wel naar het plaatje keek en hij ook geen *flashforward* noemde, maar het zou kunnen dat er wel degelijk nog een *flashforward* zit over het zichzelf voor de trein gooien als het hem allemaal te veel wordt. Mijn collega neemt dit in ieder geval mee.

Antwoord

Het blijft de vraag in welke mate zijn medicatie een negatief effect op het effect van de therapie heeft gehad. Als je niet helemaal zeker weet of de *flashforward* SUD 0 is, weet je ook niet helemaal zeker of dit het trage traject van afbouwen van de medicatie (we zijn nu minstens drie maanden verder) in de weg heeft gestaan, dan wel nog steeds staat. Want als zijn fantasiebeeld, waarop te zien is welke ramp hij verwacht dat er gaat gebeuren als hij deze medicatie niet slikt, minder angst en spanning oproept, lukt het hem beter te stoppen met het gebruik van slaapmiddelen en kan hij uiteindelijk beter slapen. Alsnog even checken, zou ik zeggen. Soms zit het in een kleine gedachtenswitch die uiteindelijk veel impact kan hebben.

Overigens klinkt jouw verhaal uiteindelijk als vooruitgang. Al ging het misschien langzamer dan verwacht. Maar laten we op het positieve focussen. Hij is een stap verder en jij hebt ervan geleerd en daar kunnen anderen weer van profiteren. Hoe mooi is dat? ■